Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Québec

SM01031

HOPITAL06C

Consultation médicale externe

URGENT ☐ **oui** ☐ **non** **Consultant / service :** _____

Service sur demande : ☐ **Consultation** **Requérant :** _____

☐ **Consultation et soins simultanés** ☐ **Consultation et prise en charge**

Renseignements cliniques et motifs de la demande :_____

_____

_____/_____/_____/ ____ : ____ _____

Date Heure Signature du médecin traitant et n° de permis

RÉPONSE DU MÉDECIN CONSULTANT (PATIENT EXTERNE)

Si la réponse est dictée, le médecin consultant doit consigner, dans les notes d'évolution, son opinion diagnostique et les recommandations qui sont nécessaires, de façon immédiate, pour le médecin traitant.

NOTE : Pour les patients hospitalisés, inscrire les observations sur le formulaire intitulé «Consultation médicale» (DT9040)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____/_____ /_____ /___ :___ _____

Date Heure Signature du médecin traitant et n° de permis

1ère copie : dossier de l'usager 2e copie : médecin requérant 3e copie : copie

Source : CHUM-26619 (2018-01-19)

Nom : Prénom : # Dossier :

_____/_____ /_____ /___ :___
Date Heure

_____
Signature du médecin traitant et n° de permis

1ère copie : dossier de l'usager 2e copie : médecin requérant 3e copie : copie